Rok XXXVIII. Kraków, 22 Kwietnia 1899. Nr. 16.

**Redakcya:**
Przy ulicv Basztowej Nr. 4.

**Administracya:**
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

**Expedycya miejscowa:**
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

**Ogłoszenia**
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

# PRZEGLĄD LEKARSKI

## ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
## KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

**Przedpłatę**
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

**Rękopisy**
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

**Jeden numer**
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Rocznie:** | w Austryi 8 złr. 80 ct. | w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr. | w Niemczech 14 mk. | we Francyi 24 fr. |
| **Półrocznie:** | „ 4 „ 40 „ | „ „ „ 3 „ | „ 7 „ | „ 12 „ |
| **Kwartalnie:** | „ 2 „ 20 „ | „ „ „ 1½ „ | „ 3½ „ | „ 6 „ |

**Treść:**

Rok XXXVIII. Kraków, 22 Kwietnia 1899. Nr. 16.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Radcy Dworu Prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

## Przyczynek do określenia wpływu wody karlsbadzkiej na krążenie na podstawie doświadczeń klinicznych.

Podał
**Dr. Władysław Maleszewski,**
asystent kliniki.

Wpływ wody karlsbadzkiej gorącej i zimnej na czynność serca tak prawidłowego, jakoteż schorzałego należy jeszcze do tych ciemnych spraw, których balneologia posiada dość pokaźną liczbę. Nie ulega wątpliwości, że najstarsi lekarze, ci, których według naszych dzisiejszych pojęć nauki trudnoby prawie lekarzami nazwać, mieli swoje przekonania o wpływie płynów wprowadzanych wogóle do żołądka na serce prawidłowe i patologiczne, lecz bacząc na to, że ich teorye, choć nieraz może i bardzo trafne, nie były oparte na żadnych ścisłych spostrzeżeniach i doświadczeniach, lecz nieraz li tylko z natchnienia wypowiadane, przeto chcąc przedstawić wyniki mej pracy, nie będę się odwoływał na przestarzałe rozprawy, lecz wezmę pod uwagę tylko ten szereg doświadczeń, które wyszły z rąk poważnych badaczy nowszych czasów, pozostawiając spostrzeżenia dawniejsze tym, którzy się historyą medycyny pragną zajmować.

Żaden może narząd w ustroju ludzkim i zwierzęcym nie ulega tak różnorodnym odmianom w swej czynności, jak narząd krążenia. Każdy ruch człowieka zdrowego, a tembardziej chorego, każda niemal myśl jego znajdzie odpowiedź w czynności serca, w jego ruchach, częstości i nasileniu uderzeń, w stanie naczyń, ciśnieniu krwi i jej szybkości krążenia. Nie zadziwi nas ta niestałość, ta różnorodność objawów serca, jeżeli zważymy, iloma drogami jesteśmy w stanie wpływać na czynność jego, na stan naczyń i jaką potężną ilość przyczyn takich zmian znachodzimy w samym ustroju, lub w jego otoczeniu. Weźmy tylko pod uwagę człowieka pozostającego w spokoju lub biegnącego, śpiącego lub oddającego się ciężkiej umysłowej pracy, siedzącego lub stojącego, na czczo lub po spożyciu pokarmów i badajmy wtedy jego serce, naczynia, a nieraz spotkamy się ze stanem bardzo dalekim na pozór od stanu prawidłowego; a o ileż jeszcze różnorodniejsze objawy się nam przedstawią, spostrzegając w tych samych warunkach człowieka z wadą sercową.

Trzeba zatem przy takich doświadczeniach, jak nad wpływem na serce przyjętych do żołądka płynów o różnej ciepłocie, umieć należycie rozróżniczkować objawy mało znaczące od objawów ważnych, objawy chwilowe od objawów ciągłych, zebrać wyniki poszczególnych doświadczeń w jedną całość, nie będąc pochopnym zaraz do wyprowadzania niezbitych terapeutycznych wniosków.

Wpływ wody zwyczajnej o różnej ciepłocie na krążenie badali Lichtenfels, Fröhlich, Winternitz, Glax, Klemensiewicz i inni. Wyniki ich w zasadzie nie wiele się różnią od siebie, nie dają jednakże zupełnie jasnego pojęcia o sprawie. I tak, chociaż wpływ wody o różnej ciepłocie był ze ścisłością naukową badany, nie brali jednakże autorowie pod uwagę ilości podawanej wody i w jednym szeregu doświadczeń przy poszczególnych badaniach zachodziły znaczne różnice tak co do ciepłoty, jak i co do ilości, wskutek czego wyniki końcowe trudno przypisać już to wpływowi samej ciepłoty, już to większej lub mniejszej ilości podawanej wody. Dopiero w roku 1890 Stricker i Friedrich podjęli na klinice prof. Korany'ego w Peszcie szereg ścisłych doświadczeń nad wpływem wody zwyczajnej o rozmaitej ciepłocie i ilości na serce prawidłowe patologiczne. Wielka ich zasługa, bo rzucili światło na sprawę tak mało dotychczas badaną i znaną. Wyniki tych doświadczeń w streszczeniu są następujące:

Aby przekonać się o wpływie ciepłoty wody jako takiej, autorowie podawali po 200 ctm. sz., uważając tę ilość za zbyt małą, aby mogła w jakikolwiek sposób zaciemnić wyniki w kierunku samej ciepłoty.

Wyniki doświadczeń na ludziach ze zdrowem sercem autorowie zestawiają w następujących punktach:

1) Wpływ wody pod względem ciepłoty występuje zaraz po jej wprowadzeniu do żołądka.

2) Zimna woda zmniejsza ilość skurczów serca i podnosi w większej liczbie przypadków parcie krwi; woda zaś o bardzo nizkiej ciepłocie w niektórych przypadkach obniża ciśnienie.

3) Gorąca woda zwiększa ilość skurczów na minutę i podnosi ciśnienie; letnia zaś (20°—30° C.) przeciętnie ciśnienie obniża.

4) W miarę oziębienia wody opada liczba skurczów serca i parcie ościenne.

5) W miarę ogrzewania wody liczba skurczów i ciśnienie wzrasta.

6) Wpływ wody 16° C. bywa zaledwie minimalny, tak na czynność serca, jakoteż na ciśnienie krwi, przytem krótkotrwały.

7) W miarę oziębiania lub ogrzewania wody *maximum* podniesienia lub obniżenia występuje wcześniej i trwa dłużej.

8) Czas trwania wpływu wody o rozmaitych ciepłotach bywa różny, od 15—20 minut przeciętnie.

Przedewszystkiem starałem się wykazać wpływ wody karlsbadzkiej podanej w małej ilości, o różnej ciepłocie na serce prawidłowe i patologiczne i w tym celu podawałem chorym po 200 ctm. sz. flaszkowej Mühlbrunn t. j. w ilości, która według Strickera i Friedricha jako taka nie

może mieć wybitnego wpływu na serce. Chciałem tym sposobem wykazać wpływ samej ciepłoty i składników zawartych w wodzie, a podanych w tak nieznacznej ilości. Wobec tego miałem na celu sprawdzić, czy wpływ wody karlsbadzkiej i wody zwyczajnej w tej samej ilości i o tej samej ciepłocie różni się między sobą i w jakim stopniu. Chcąc być dokładnym, lecz nie chcąc popaść w bezcelową, a nawet zaciemniającą całą sprawę, drobnostkowość, postanowiłem brać pod uwagę te chwile i te objawy, które napewno tylko zależeć mogły od ciepłoty lub składu chemicznego wody, wykluczając to wszystko, co było pośrednią lub bezpośrednią przyczyną zmian w ciśnieniu, tętnie i t. d., a nie miało związku z wodą karlsbadzką jako taką. Otóż każdy chory na czczo przed doświadczeniem oddawał mocz do osobnego naczynia, przybierał pozycyę siedzącą, poczem w kilkanaście minut dopiero przystępowałem do doświadczenia, a to w tym celu, aby przyśpieszenie liczby tętna wskutek przejścia chorego z łóżka do stolika doświadczalnego nie zaciemniło dalszych wyników podczas samego doświadczenia. Siedzącą pozycyę uważałem za najodpowiedniejszą, chcąc uniknąć przedewszystkiem wpływu nacisku wody w żołądku na przeponę, a również podnoszenia się chorego z pozycyi leżącej podczas picia wody, coby mogło się łatwo odbić na tętnie i ciśnieniu. Tętno było zdejmowane sfygmografem Richardson'a, a ciśnienie obliczane przyrządem Bascha.

Poczem chory dostawał 200 ctm. sz. wody Mühlbrunn o różnej ciepłocie. Uwzględniając przy doświadczeniach zdanie Scheubego i innych, że po każdem jedzeniu lub piciu następuje przyspieszenie tętna, licząc się z zapatrywaniami Kischa, Meltzera, Wertheimera i Meyera, że akt łykania przyśpiesza tętno za pośrednictwem obu nerwów krtaniowych: górnego i dolnego, uwzględniając dalej położenie chorego, jak wyżej powiedziałem, jego spokój fizyczny i umysłowy podczas doświadczenia, przyszedłem do przekonania, że wiele, ale to bardzo wiele wpływów spotkać się musi wśród obserwacyi, wpływów, które mniej lub więcej zaciemnią obraz doświadczenia i że nie pojedyncze liczby, lecz całość razem wzięta może nam rzucić jasne światło na sprawę. Nie obliczałem przeto z zasady tętna w 15 sekund po przyjęciu wody, jak to czynili Stricker i Friedrich, uważałem to bowiem za bezowocne w wynikach, bo sam akt łykania, przejście wody gorącej lub zimnej przez przełyk, pewnego rodzaju wstręt chorego w pierwszej chwili do wody dla niego niezbyt zazwyczaj smacznej, wszystko to mogło w wielkiej mierze przyczynić się tylko do zagmatwania samego sprawozdania z doświadczeń. Tętno było zdejmowane i ciśnienie mierzone co kilka minut, a chory od czasu do czasu oddawał mocz, którego ilość i ciężar był dokładnie oznaczany i w osobnych szematach zapisywany.

Chcąc jednakże otrzymać zupełnie czyste wyniki wpływu wody karlsbadzkiej o różnej ciepłocie i porównać je z takiemi wynikami z wodą przekroploną, uważałem za stosowne, nie bacząc na obserwacye kliniczne, przeprowadzić szereg doświadczeń na zwierzętach. Nie chcę tu potępiać przyrządu Bascha, który przeważnie takiem uznaniem się cieszy, lecz zaznaczę tylko tę okoliczność, że badając tym przyrządem, a mając do czynienia z małemi tylko zmianami w ciśnieniu, ufać czułości dotykowej swych palców byłoby nieco ryzykowne, chcąc mieć wyniki pewne. Wychodząc z tej zasady, że jeżeli wyniki na ludziach zejdą się w całości z wynikami na zwierzętach kuraryzowanych, to pewność wyników będzie poniekąd większa.

Chcąc następnie mieć różnice (Differenzbestimmung) między ilością przyjmowanych płynów i ilością wydzielanego moczu, ilość płynnych pokarmów, przyjętych przez dobę, jakoteż ilość oddanego moczu była dokładnie odmierzaną. Zmiany w tętnie i w ciśnieniu podczas jednego doświadczenia naprowadzają tylko na pewne przypuszczenia, które dłuższem podawaniem wody sprawdzić należy; dlatego też dążyłem, aby podawaniem wody karlsbadzkiej tak długo, jak długo zazwyczaj trwa tego rodzaju kuracya, a o ile to doświadczenie nie jest połączone z niebezpieczeństwem dla chorego (odstawienie takich leków jak naparstnica, strofant i t. d.), wykazać, czy przy dłuższem używaniu tej wody nawet w przypadkach chorobowych ciężkich nie następuje wogóle jaka obawa ze względu na serce i jakiego rodzaju to niebezpieczeństwo być może.

U wszystkich chorych i zdrowych, użytych do doświadczeń, wpływ 200 ctm. sz. wody karlsbadzkiej o ciepłocie 15° C. lub 16° C. (pokojowej) był zazwyczaj nieznaczny i krótkotrwały; różnice w liczbie tętna, jego wysokości, wielkości fali wstecznej, wzniesieniach elastyczności, parciu krwi i podniesieniu ciepłoty ciała były tylko niewielkie i schodziły się poniekąd prawie zupełnie z wynikami doświadczeń Strickera i Friedricha z wodą zwyczajną, a o tyle tylko były różne, o ile przy jednych i drugich doświadczeniach badani byli rozmaici chorzy, których indywidualność na wyniki bez wpływu pozostawać nie mogła.

Niżej przytoczone krzywe, wykazują dowodnie, jakiej miary były różnice przed i po przyjęciu 200 ctm. sz. wody karlsbadzkiej o ciepłocie 51° C.

Chory B. *(Insuf. bicuspid. et valv. sem. aortae)* (Fig. 1).

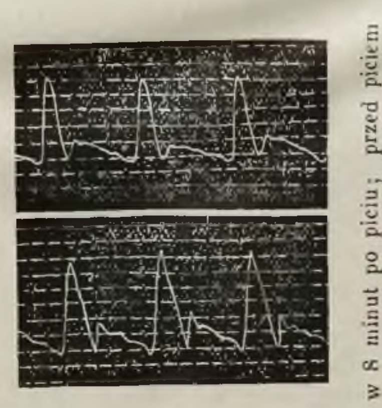



Fig. 1.

Chory G. *(Atherosis arteriarum)*. (Fig. 2).

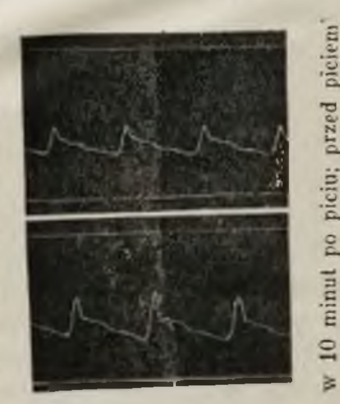



Fig. 2.

Liczba tętna od początku wzrastała, fala tętna stawała się nieco tylko wyższa, wzniesienie wsteczne zwiększało się tylko bardzo nieznacznie; w pierwszych chwilach parcie krwi podnosiło się nieraz o 20 mm. Hg., lecz po chwili opadało, nigdy niżej jak o 10 mm. Hg.

Wody lodowej lub wody o nizkiej ciepłocie 4°—6° C. nie uwzględniałem w doświadczeniach, jako nie mającej praktycznego zastosowania w kuracyi karlsbadzkiej.

Wychodząc jednak z założenia pracy, t. j. biorąc sobie za zadanie określenie wpływu wody karlsbadzkiej na serce prawidłowe i patologiczne, musiałem głównie uwzględnić ten wpływ, jaki wywiera większa ilość wody, zwykle stosowana

na miejscu w Karlsbadzie. W 200 ctm. sz. (kubek karlsbadzki) wody karlsbadzkiej ilość soli zawartych jest tak tylko nieznaczna, że *a priori* prawie powiedzieć można, że działanie jej odruchowe na serce mało różnić się może od działania wody zwyczajnej, lub jest zupełnie identyczne. Większe zaś ilości wody karlsbadzkiej, zawierając więcej soli, mogą już naprowadzić na przypuszczenie odmiennego jej działania od wody zwyczajnej. Ponieważ ten ostatni wpływ był przeważnie celem moich badań, przeto podawałem chorym po 1000 ctm. sz. wody karlsbadzkiej (Mühlbrunn), niekiedy tylko po 800 ctm. sz., ulegając prośbom chorego w ciągu 20—40 minut, t. j. w stosunkowo krótkim czasie, w odstępach 10—15 minutowych.

Do doświadczeń użyłem chorych następujących:

A) Zdzisław K., właściciel domu, l. 42; w narządzie krążenia nie okazuje żadnych zboczeń, ogólnie zdrowy.

B) Franciszek O., lat 20. *Insufficientia val. bicuspidalis et valvul. semil. aortae, tachycardia et dyspnoe cardiaca.*

C) Andrzej D., lat 17, wyrobnik. *Epilepsia, stenosis ostii venosi sinistri in ind. cum tumore lienis malarico.*

D) Jan J., lat 24, wyrobnik. *Nephritis interstitialis, rheumatismus chronicus subsq. insuff. bicuspidalis in stadio incompensationis.*

E) Franciszka W., wdowa po obywatelu ziemskim, lat 72. *Atherosis arteriarum et cordis ad val. bicuspidalem. Emphysema pulmonum senile. Nephritis incipiens ex uraciduria et atherosi arteriarum.*

F) Stanisława B., lat 30, przy rodzicach. *Diabetes mellitus.*

G) Józef B , stolarz, lat 70. *Atherosis arteriarum.*

H) Leizor F., lat 35, faktor. *Hemiparesis sin. ex endarteritide prob. luetica subsq. emolitione circumscripta cerebri.*

I) Wawrzyniec B., lat 17, przy rodzicach. *Insuf. valv. bicusp. Cirrhosis hepatis cardiaca.* (C. d. n.)

## II. W sprawie dodawania kwasu salicylowego do środków spożywczych.

Podał

**Prof. Dr. St. Bądzyński.**

Spostrzeżenia, dokonane w Zakładzie powszechnym do badania środków spożywczych przez p. J. Buraczewskiego, asystenta zakładu, iż z 73 prób wina, które w ciągu ubiegłego 1898 roku uległy badaniu, 21 zawierało kwas salicylowy, a szczególnie okoliczność, iż pewien kupiec z miasta Podgórza, oskarżony wskutek doniesienia zakładu o dodawanie do wina kwasu salicylowego, został przez sąd powiatowy w Krakowie uwolniony od odpowiedzialności i to po wysłuchaniu opinii lekarza, który, wnosić możemy, iż zdania naszego o szkodliwości dla zdrowia dodawania kwasu salicylowego do środków spożywczych nie podzielił, zniewala nas do wypowiedzenia się w tej sprawie.

Jeżeli kwas salicylowy używanym bywa jako środek leczniczy, to nie świadczy to wcale, iż jest on dla zdrowia ludzkiego nieszkodliwym, lecz przeciwnie, że przetwór ten nie jest dla ustroju ludzkiego obojętny.

W samej rzeczy kwas salicylowy działa na ustrój ludzki. Działanie to streszcza się w następujących skutkach.

1) W małych dawkach kwas salicylowy obniża ciepłotę ustroju, w większych podnosi ją [1]).

2) Zwiększa siłę skurczów serca, oraz podnosi ciśnienie krwi w tętnicach [2]), a według niektórych autorów [3]) też zwalnia bicie serca.

3) Zwalnia oddechanie [4]).

4) Podnieca mocno (w postaci salicylanu sodowego) wydzielanie żółci [5]).

5) Osłabia w znacznym stopniu i to nawet przy małej zawartości w roztworze (0·1%) działanie enzymów tak *in vitro* [6]), jakoteż *in vivo* [7]), osłabiając trawienie, nadto prawdopodobnie drażni też błonę śluzową przewodu pokarmowego.

6) Podnieca rozkład białka w ustroju [8]).

7) Pobudza wydzielanie moczu [9]).

Że spostrzeżenia te nie są mylne, wnosić można stąd, iż stwierdzone zostały przez wielu badaczy, jak to widać z przytoczonego piśmiennictwa tego przedmiotu.

Te wyniki badań doświadczalnych zresztą uzupełniają i oświetlają spostrzeżenia kliniczne, zwłaszcza te, gdzie zdołano spostrzegać objawy chorobowe, spowodowane zażyciem kwasu salicylowego.

Przy stósowaniu kwasu salicylowego, jakoteż salicylanu sodowego w celach leczniczych spostrzegano w samej rzeczy nawet po dawkach niewielkich (1·5 grm.) pojawianie się osutki, przy równoczesnem podniesieniu ciepłoty ustroju; drobne plamki czerwone, powiększając się, zlewały się ze sobą, tworząc na ciele duże czerwone płaty, a po niejakim czasie ustępowały miejsca bąblom. Zdołałem znaleść w piśmiennictwie opisanych 5 przypadków [10]) podobnego działania związków salicylowych.

Objawów tych niepodobna zaliczyć do kategoryi zjawisk idyosynkrazyi, zwłaszcza iż trudno niedopatrzyć ich powinowactwa z innymi objawami chorobowymi poważniejszej natury, a mianowicie z zakłóceniami w narządzie słuchowym; badania doświadczalne bowiem stwierdziły, iż spostrzegane często przy stósowaniu kwasu salicylowego i znane lekarzom praktykom zjawiska szumu w uszach, mają przyczynę poważną w przekrwieniu jamy bębenkowej i błędnika, oraz zastoju, a nawet wynaczynieniach krwi w tych narządach [11]). A jeżeli jeszcze dodamy, iż spostrzeżono wpływ kwasu salicylowego na ruchy macicy [12]), to będziemy mieli przed sobą szereg różnych wprawdzie objawów klinicznych, mających jednak wspólne źródło w zmianach w naczyniach włoskowatych i wspólną przeto przyczynę w oddziaływaniu kwasu salicylowego na obieg krwi, a w szczególności na ośrodki naczynioruchowe.

Spostrzeżenie dokonane w pracowni, iż kwas salicylowy wpływa ujemnie na trawienie, znalazło też swój wyraz w spostrzeżeniach klinicznych; wiadomo bowiem, iż przetwór ten, stósowany jako środek leczniczy, po dłuższem zażywaniu sprowadza zmniejszenie łaknienia i skłonność do zaburzeń czynności w przewodzie pokarmowym.

Kwas salicylowy znalazł zastósowanie do konserwowania środków spożywczych dla swej własności powstrzymywania rozwoju drobnoustrojów. Z doświadczeń wykonanych przez wielu badaczy wynika, że dopiero zawartość 0·1—0·2% kwasu salicylowego jest w stanie skutecznie przeszkadzać rozwojowi drobnoustrojów, że przeto dodawanie kwasu salicylowego do wina lub piwa w mniejszej ilości jest bezcelowe, bo oczekiwanego skutku nie osiąga. A któż zaręczy wreszcie, że han-

dlarz wina, widząc raz bezskuteczność zaprawy wina małą ilością kwasu salicylowego, nie doda w innym wypadku dwu- i trzykrotnej ilości?

Ale nawet i ta przytoczona ilość kwasu salicylowego w winie nie jest bagatelką: wszak przy wypijaniu większej ilości tego napoju przy wspomnianej zawartości kwasu salicylowego zdarzyć się może łatwo, iż ktoś będzie nieświadomie zażywał dawki 0·5—1 grm. tego związku i to dlatego tylko, że niedołężny partacz, handlujący winem, nie potrafi obchodzić się z swoim towarem i brak umiejętności, dbałości i czystości usiłuje zastąpić wątpliwym zabiegiem. Bo niewątpliwem jest, że przy umiejętnem i starannem obchodzeniu się każdy gatunek wina daje się przechowywać przez lat wiele, nie ulegając kiśnieniu octowemu.

W zapatrywaniu naszem, iż dodawanie kwasu salicylowego do środków spożywczych jest dla zdrowia conajmniej wątpliwem, nie jesteśmy zresztą odosobnieni.

W r. 1887 Akademia nauk lekarskich w Paryżu orzekła, iż dodawanie kwasu salicylowego do środków spożywczych winno być wzbronione, a to z powodu, iż konserwowanie zapomocą kwasu salicylowego wywołało niejednokrotnie nieszczęśliwe wypadki, że wreszcie doświadczenie lekarskie stwierdziło, iż spożywanie częste nawet małych dawek tego związku może spowodować uszkodzenie zdrowia, zwłaszcza u ludzi w podeszłym wieku, lub osób, u których czy to czynności nerek są zakłócone, czy to narządy trawienia nie funkcyonują należycie. Wskutek tego orzeczenia francuskie ministerstwo spraw wewnętrznych zakazało przewozu przez granice Francyi środków spożywczych, zawierających kwas salicylowy.

W tym czasie wydał podobne rozporządzenie też rząd szwajcarski.

Tegoż 1887 roku Rada sanitarna miasta Medyolanu również zakazała dowozu do tego miasta środków spożywczych, zaprawionych kwasem salicylowym, uzasadniając ten zakaz powyżej wspomnianymi względami.

W r. 1888 za zakazem dodawania kwasu salicylowego do środków spożywczych oświadczyła się również komisya, której rząd holenderski polecił zbadanie tej sprawy.

Podobne stanowisko zajął wkrótce w tej sprawie i rząd niemiecki; ustawa bowiem państwowa niemiecka z d. 20-go kwietnia 1892 r. wzbroniła dodawania kwasu salicylowego do wina, oraz innych napojów.

W państwie austryackiem niema wprawdzie ustawy ani rozporządzenia ministeryalnego, któreby wzbraniało dodawania kwasu salicylowego do środków spożywczych; za miarodajną jednak należy uważać uchwałę najwyższej Rady zdrowia, która na posiedzeniu z dnia 1 lipca 1889 r. zaleciła wzbronienie dodawania tego przetworu do środków spożywczych, a to w myśl orzeczenia wydziału lekarskiego uniwersytetu wiedeńskiego (z r. 1885).

Jeżeli zabieramy głos w sprawie konserwowania środków spożywczych zapomocą kwasu salicylowego, to z powodu, że jestto sprawa dla zakładu naszego zasadniczej wagi, a to dlatego, że tolerowanie dodawania tego związku do wina przesądzi w rozstrzyganiu wszelkich spraw o zafałszowanie wina i uczyni nam niemożliwem zwalczanie tak rozpowszechnionego w kraju fałszowania tego napoju. A jeżeli czynimy to na tem miejscu, to dlatego, że radzibyśmy, by różnice zapatrywań tak w tej, jak wogóle w podobnych sprawach wyjaśniały się na drodze wymiany zdań przed forum kompetentnem i nie dawały okazyi — choć wierzymy, że nieświadomie — do szerzenia wątpliwości, z których tylko *tertius gaudens*, fałszujący ze szkodą zdrowia publicznego, korzyść wynieść może.

## Literatura.


1) Chisone und Petrucci: Jahresber. über die Fortschr. d. Thierch. IX 711.
2) E. Maragliano: Centrbl. f. medic. Wiss. 1882 str. 865.
3) Chisone und Petrucci loco citato.
4) Chisone und Petrucci l. c.; Ch. Livon: Comptes rend. 90 str. 321.
5) Lewaschew: Zeitschr. f. klin. Med. 7 oraz 8 str. 48.
6) Feser und Friedberger J. d. Thierch. V 290; Stenberg: J. d. Thierch. V str. 292 (1895). Emil Schütz: Prager med. Woch. 1885 streszcz. w. J. d. Thierch. XV str. 272.
7) Stan. Klikowicz. Virchow's Archiv. 102 str. 360.
8) Wolfsohn: Inauguraldissertation Königsberg; Carl Virchow: Zeitschr. f. physiol. Ph. 6 str. 78; E. G. Salomé: Wiener med. Jahrb. 1885 str. 463.
9) A. Huber: Deutsch. Arch. f. klin. Med. str. 129 (1888).
10) W. Erb: Berl. klin. Woch. 1884 N. 29; Siegfr. Rosenberg: Deutsche med. Woch. 1886 N. 33, streszczenie w Centrlbl. für med. Wiss. 1888 str. 224; Barron: Lancet 1890 May 31 streszcz. w Centrlbl. f. med. Wiss. 1890 str. 576; E. Beier: Arch. f. Dermatol. und Syphilidol. XXVIII str. 125 streszcz. w C. f. med. W. 1895 str. 43.
11) Kirchner: Berl. klin. Woch 1881; Kirchner: Monatsch. für Ohrenheilk. 1883 N. 5 streszcz. w Centrbl. f. med. Wiss. 1883 str. 665; Schwabach: Deutsch. med. Woch. 1884 N. 11.
12) Linhardt: Wiener med. Presse streszcz. w Centrbl. für med. Wiss. 1890 str. 112.


# III. Rzut oka na rozwój i obecny stan leczenia operacyjnego mięśniowłókniaków macicy.


Podał

Dr. A. Sołowij.


(Wykład miany na posiedzeniu Sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 17 marca 1899).

Stosunkowo tylko niewielka ilość mięśniowłókniaków macicy wymaga leczenia operacyjnego. (Np. Schröder na 800 przypadków operował 120 razy = 15%, Boldt na 320 przypadków 57 razy = 14·45%, Olshausen na 200 przypadków 33 razy = 16·5%).

Nie należy jednak tak długo zwlekać z operacyą, aż ciągłe krwotoki sprowadzą wysokiego stopnia niedokrewność i stłuszczenie serca, lecz przystąpić do operacyi, jeżeli mięśniowłókniaki macicy szybko rosną, wywołują bardzo silne krwotoki i dolegliwości, i jeżeli wystąpią objawy uwięźnięcia lub złośliwego zwyrodnienia z tym dodatkiem, że u osobników młodych o wiele prędzej decydujemy się na operacyę, niż u osób, co przekroczyły czterdzieści lat życia.

Metody leczenia operacyjnego mięśniowłókniaków macicy doznały w ostatnich latach tak wielkiego udoskonalenia, że dzisiaj niebezpieczeństwo myomohisterektomii nie o wiele jest większem od przeciętnej owaryotomii, podczas gdy śmiertelność przed 15 jeszcze laty wynosiła około 30%. Ten olbrzymi postęp zawdzięczamy aseptyce i udoskonalonej technice operacyjnej.

Operacya przez pochwę przedstawia wogóle mniejsze niebezpieczeństwo, niż laparotomia, która pomimo najlepszego szwu pozostawia bliznę, usposabiającą do przepukliny. Dlatego musimy nazwać zupełnie usprawiedliwionem dążenie do operowania jak największej liczby mięśniowłókniaków macicy przez pochwę. Pod tym względem jednak powinniśmy się trzymać pewnych granic, i guzy większe od główki płodu nowonarodzonego operować tylko zapomocą laparotomii; w przeciwnym razie staje się operacya przez pochwę nader trudną, trwa długo i może być połączoną z tak wielką utratą krwi, że przewyższa niebezpieczeństwa laparotomii.

Pojedyncze lub tylko nieliczne mięśniowłókniaki podśluzowe macicy udaje nam się często wyłuszczyć z zachowaniem macicy. Otworzywszy przednie lub tylne sklepienie pochwy, oddzieliwszy szyję macicy i przeciąwszy ją podłużnie, możemy stosunkowo łatwo wydobyć nawet duże mięśniowłókniaki z wnętrza macicy. Następnie zeszywamy szyję macicy (względnie także otrzewnę, jeźli została otwartą) i sklepienie pochwy. Gdzie jednak jest dużo mięśniowłókniaków podśluzowych, trudno dostępnych, tam wykonamy wycięcie macicy całkowite. Historya techniki wycięcia całkowitego macicy przez pochwę wykazuje, że najlepszą metodą jest ta, która polega na umocowaniu kikutów jedwabiem podwiązanych zewnątrz jamy otrzewnowej, zatem w pochwie. W tym kierunku położyli największe zasługi Kaltenbach, Leopold, Hegar, Brennecke, Ott, Schauta i inni. Gdzie jednak założenie podwiązek sprawia trudności, tam oddają klamry znakomite usługi. Jest to niezaprzeczoną zasługą Péana (1), a dopiero potem Richelota (2), Segonda (3) i Doyena (4), że technikę wycięcia całkowitego macicy przez pochwę znakomicie udoskonalili, jakkolwiek podnieść nam wypada, że pierwszym, który klamry (pinces hémostatiques) zalecał, był Spencer Wells jeszcze przed r. 1885 Podstawą zaś rozkawałkowania (morcellement) guza macicy, zalecanego przez Péana, była niezawodnie myśl P. Müllera, który w celu ułatwienia trudnych całkowitych wycięć macicy zrakowaciałej przez pochwę zalecił podłużne przepołowienie macicy. Zapomocą rozkawałkowania (morcellement) możemy wydalić przez pochwę nawet bardzo duże guzy, w czem klamry znakomicie operacyą ułatwiają tam, gdzie założenie podwiązek jedwabnych nieraz dla braku miejsca wręcz jest niemożliwem. Dowodem tego także doskonałe wyniki Ziembickiego (5), który wśród polskich autorów pierwszy metodę t. z. francuską wycinania macicy przez pochwę także przy dużych mięśniowłókniakach macicy gorąco polecał.

Przechodząc do laporotomii wypada nam przedewszystkiem omówić te mięśniowłókniaki macicy, które są usadowione podotrzewnowo. Są to najkorzystniejsze przypadki. Jeżeli jest szypuła, łatwo ją podwiązać i guz amputować. Gdzie niema szypuły, tam przecinamy otrzewnę pokrywającą mięśniowłókniaki i wyłuszczamy, zakładając szybko szereg szwów węzełkowych w celu tamowania często silnego krwotoku. Założenie gumowej podwiązki na szyję macicy dozwala wykonać ten zabieg zupełnie bezkrwawo.

Wyłuszczenie mięśniowłókniaków podotrzewnowych z macicy jest idealnem postępowaniem, gdyż pozostawia macicę zdolną do funkcyi, daje się jednak zastósować tylko w stosunkowo małej liczbie przypadków, gdyż rzadko tylko możemy być pewni, że oprócz wyłuszczonych niema drobnych mięśniowłókniaków ukrytych w macicy. Wyłuszczenie mięśniowłókniaków śródściennych jest już o wiele trudniejsze i często połączone z bardzo silnym krwotokiem. Odpowiednio temu są też wyniki co do śmiertelności po operacyi gorsze, a możność utrzymania macicy zdolnej do funkcyi bardzo niepewna tak, że mięśniowłókniaki śródścienne tylko bardzo wyjątkowo do wyłuszczenia się nadają. Olshausen (6) na 38 wyłuszczeń mięśniowłókniaków śródściennych stracił 3 operowane = 7·9%. Jeszcze gorsze są np. wyniki A. Martina (7), który na 96 wyłuszczeń mięśniowłókniaków stracił 18 operowanych = 18·75%. Ogólna statystyka wyłuszczeń mięśniowłókniaków śródściennych wykazuje na 177 przypadków 13% śmiertelności Wynik z wielu względów bardzo niekorzystny.

Albert i Obaliński (8) postępowali przy wyłuszczeniu mięśniowłókniaków macicy nieco odmiennie i zeszywali brzegi ramy macicy z otrzewną ścienną. Postępowanie takie ma tę wadę, że daje się tylko wtedy zastósować, gdy wyłuszczenie nastąpiło w przedniej ścianie macicy i mieści w sobie równocześnie wady postępowania zewnątrzotrzewnowego.

Zważywszy, że zwrot płciowy (climacterium) zwykle tamuje wzrost mięśniowłókniaków macicy, proponowali Trenholme (9) i Hegar (10) trzebienie jajników, w celu przyspieszenia zwrotu. Rozumowanie to było całkiem słuszne, lecz w praktyce bardzo często zawodziło. Niekiedy krwotoki wcale się nie zmniejszały po trzebieniu jajników. Ogólna statystyka śmiertelności po trzebieniach jajników przy mięśniowłókniakach macicy wynosi na 573 operowanych 8·4%.

Wychodząc z tego zapatrywania, że trzebienie jajników dlatego wzrost mięśniowłókniaków macicy tamuje, ponieważ równocześnie główne naczynia, doprowadzające krew do macicy, zostają podwiązane, zalecali Rydygier (11), Hofmeier (12), także Küstner, Gottschalk, Franklin, Martin i inni systematyczne podwiązanie naczyń w tym celu, by sprowadzić zanik mięśniowłókniaków. Wynik podwiązania był bardzo wątpliwy: wzrost mięśniowłókniaków, względnie krwotoki, ustawały najczęściej jednak tylko na czas krótki.

Wobec tego stanu rzeczy tylko amputacya macicy powyżej sklepienia pochwy i całkowite wycięcie macicy przedstawiają się jako pewny zabieg operacyjny. Koeberle był pierwszym (1863), który zaczął wykonywać systematycznie myotomią, operując z początku według metody zewnątrzotrzewnowej. W roku 1876 polecił Kleberg (13) elastyczną podwiązkę i on pierwszy zapuścił kikut do jamy otrzewnowej, końce jednak podwiązki w dolnym kącie rany brzusznej od zewnątrz umocował. Polecenie zaś przez Schrödera metody śródotrzewnowej (1876) stanowiło dalszą epokę. Z początku używał on podwiązki elastycznej Kleberga, później zaczął podwiązywać główne naczynia, przez co zaznaczył wielki postęp. Myomohisterektomia przechodziła zatem podobne koleje, co owaryotomia, przy której traktowano kikut z początku także zewnątrzotrzewnowo. Drogę pośrednią między obydwiema metodami stanowiła metoda Wölflera (14) i Hackera (15), polegająca na zeszyciu brzegu otrzewnej kikuta z otrzewną ścienną dolnego kąta rany brzusznej. Kikut był więc do jamy brzusznej zapuszczony, z otrzewną ściany brzusznej zeszyty, podczas gdy sączek wydzielinę na zewnątrz odprowadzał. Tutaj wypada także wspomnieć o metodzie umocowania kikuta w pochwie w tylnem (Meinert) lub przedniem sklepieniu (Byfford). Metoda zewnątrzotrzewnowa znalazła najznamienitszych przedstawicieli w Hegarze, Kaltenbachu i Schaucie, podczas gdy metodę śródotrzewnową Schröder, Hofmeier, Olshausen, Martin i Brennecke najskuteczniej rozpowszechniali i wydoskonalili. Metoda zewnątrzotrzewnowa dawała stanowczo lepsze wyniki, wymagała jednak dłuższego leczenia i zostawiała szpetną bliznę, usposabiającą do przepukliny, podczas gdy metoda śródotrzewnowa, jako *a priori* postępowanie doskonalsze się przedstawiała, a tylko to jej można było zarzucić, że gorsze dawała wyniki *quoad vitam*. Jasnem jednak być musiało, że stosunek ten z biegiem czasu zmienić się musi. Udoskonalająca się ciągle technika i aseptyka dokonały tego przewrotu. Tak powstała i zajęła dzisiaj stanowisko panujące, jako udoskonalenie metody Schrödera, tak zwana pozaotrzewnowa (retroperitonealna) metoda, około której położyli największe zasługi Chrobak, Zweifel i Hofmeier. Równocześnie z nią zostało znakomicie udoskonalonem wycięcie całkowite macicy *per laparotomiam* pod wpływem usiłowań Bardenheuera, Trendelenburga, A. Martina, Chrobaka, Fritscha, Schauty, Doyena, Küstnera, Snegireffa, Bumma i innych.

Podnoszę tylko najważniejsze cechy głównych metod operacyjnych.

Metoda zewnątrzotrzewnowa, tak jak ją Hegar (16) i Schauta (17) wydoskonalili, polega na następujących zasadach: Wytoczenie guza, założenie sprężystej podwiązki naokoło szyi macicy nieco poniżej miejsca, w którem amputować chcemy, przeprowadzenie przez kikut powyżej podwiązki 1—2 kolców, zawieszających kikut, następnie zeszycie otrzewnej szyi macicy poniżej podwiązki elastycznej dokoła z otrzewną ścienną w dolnym kącie rany brzusznej, założenie podwiązek jedwabnych na głównych naczyniach tuż

nad podwiązką elastyczną, amputacya macicy, szew powłok brzusznych. Po 10 dniach odcięcie zmartwiałej części kikuta ponad podwiązką elastyczną. Zaletą tej metody jest możebnie mała utrata krwi i krótkość trwania operacyi (około pół godziny). Z tego powodu nadaje się metoda zewnątrzotrzewnowa szczególnie dla chorych bardzo osłabionych lub wiekowych, jej zaś wadą jest długie leczenie po operacyi (gojenie trwa po odpadnięciu szypuły około 6 tygodni) i szeroka blizna w dolnej części rany brzusznej, usposabiająca do wytworzenia się przepukliny. Wyniki metody zewnątrzotrzewnowej wynosiły do r. 1891, według Hofmeiera (18), 15% śmiertelności, a w późniejszych latach uległy dalszej poprawie (np. Schauta, (19) wykazuje na 65 operacyj tylko 6·1% zgonów).

Metoda śródotrzewnowa przedstawia się według Schrödera (20) w sposób następujący: Wytoczenie guza, podwójne podwiązanie więzów szerokich i przecięcie między podwiązkami aż do szyi macicy, osobne podwiązanie większych naczyń, założenie prowizorycznej podwiązki na szyję macicy, amputacya macicy, wytarcie przekroju kikuta 10% wyskokowym rozczynem kwasu karbolowego i zeszycie szwem trzypiętrowym, mianowicie osobno błonę śluzową szyi, mięsień i otrzewnę. Brennecke doprowadził jeszcze do większej doskonałości szew kikuta, mimo tej dokładności jednak dawała metoda śródotrzewnowa znacznie gorsze wyniki, niż metoda zewnątrzotrzewnowa. Według Hofmeiera wynosiła śmiertelnoć metody śródotrzewnowej do r. 1891 28%, zatem prawie dwa razy tyle, co śmiertelność metody zewnątrzotrzewnowej.

Następstwem tego były ciągłe niestrudzone usiłowania zwolenników metody śródotrzewnowej w kierunku udoskonalenia szwu kikuta. Owocem tych usiłowań było użycie płatów otrzewnowych macicy w celu jak najdokładniejszego pokrycia kikuta i jak najprędszego zabezpieczenia jamy brzusznej przed niebezpieczeństwem zakażenia za pośrednictwem kikuta. Trudno rozstrzygnąć, który z operatorów pierwszy płatami otrzewnowymi kikut pokrywał; nie ulega jednak wątpliwości, że Chrobak największe zasługi położył, gdyż tę metodę operacyjną najbardziej udoskonalił i dał jej nazwę „zaotrzewnowej“ (retroperitonealnej). Obok niego musimy tutaj wymienić z uznaniem Zweifla, Hofmeiera i Olshausena, a z polskich chirurgów Rydygiera (21).

Chrobak (22) opisał w r. 1891 poraz pierwszy swoją metodę (retroperitonealną) w sposób następujący: wytoczenie guza, podwójne podwiązanie więzów szerokich, przecięcie ich między podwiązkami, oddzielenie dwóch płatów otrzewnowych, z których przedni ma być większy, niż tylny, podwiązanie tętnic macicznych, amputacya, wypalenie żegadłem Paquelina kanału szyi w kikucie, przeprowadzenie knota jodoformowego przez kikut do pochwy, zeszycie płatów otrzewnej. Według tej metody stracił Chrobak do końca r. 1894 na 42 operacyj tylko 2 operowane = 4.75%. Erlach (23) osiągnął jeszcze lepsze wyniki, gdyż stracił na 69 operowanych tylko 2 = 2.9%!

Niezawisłe od Chrobaka wytworzył Olshausen (24) zupełnie analogiczną metodę, która tem tylko się różni, że Olshausen, opierając się na niewątpliwych badaniach bakteryologicznych Mengego, dowodzących nieszkodliwości wydzieliny szyi macicy, kikuta nie wypala i nie sączkuje. Według tej metody operował Olshausen od r. 1892—1896 100 razy i stracił tylko 6 operowanych = 6%.

Zweifel (25) oddziela tylko jeden płat otrzewnej od przodu, następnie podwiązuje szyję macicy w kilku partyach („Partienligatur“), amputuje macicę i przyszywa brzeg płatu otrzewnej poniżej podwiązek z tyłu do otrzewnej kikuta. W ten sposób operował Zweifel 122 razy i stracił tylko 5 operowanych = 4.09%.

Podobnie, jak przeważna liczba ginekologów, operowałem z początku według metody zewnątrz-otrzewnowej. Pod wpływem coraz większego udoskonalenia metody śródotrzewnowej przeszedłem od lat kilku do metody zaotrzewnowej (retroperitonealnej) Chrobaka, a w ostatnim roku operowałem 5 razy szczęśliwie według metody Olshausena. Ta ostatnia metoda jest niezawodnie wyrazem największego udoskonalenia i uproszczenia naszej dzisiejszej techniki operacyjnej.

Resztę mało znaczących zmian metody śródotrzewnowej pomijam; nie wypada mi jednak przemilczeć, że już niekiedy przedtem dawniejsze metody prymitywne wyjątkowo świetne wyniki dawały. Dowiódł tego Treub (26), który kikut podwiązką gumową zaopatrzony i jodoformem zasypany zapuszczał do jamy brzusznej, a na 100 operowanych tylko 7 = 7% stracił.

Od czasu gdy Bardenheuer w r. 1881 wykonał całkowite wycięcie macicy mięśniowłókniakowej *per laparotomiam*, datuje się coraz częstsze używanie tej operacyi i jakkolwiek wyniki na razie wiele jeszcze do życzenia pozostawiały (np. A. Martin stracił na pierwszych 43 operowanych 13 = 30.23%), to jednak ciągły postęp był widocznym. Ulepszenie techniki operacyjnej polegało, podobnie jak przy amputacyi macicy, na oddzieleniu płatów otrzewnej z przodu i z tyłu macicy w celu szybkiego zupełnego zamknięcia jamy otrzewnej. Po oddzieleniu płatów otrzewnej przeważna liczba operatorów otwiera tylne sklepienie pochwy i, zakładając dokoła sklepienia podwiązki jedną przy drugiej, wycina macicę. Oddzielenie płatów otrzewnej poprzedza podwiązanie podwójne więzów szerokich, względnie osobne podwiązanie głównych naczyń. W ten sposób polepszyły się w ostatnich latach znakomicie wyniki wycięcia całkowitego macicy zapomocą laparotomii. A. Martin stracił na 90 dalszych operacyj 6 operowanych = 6.7%, Bumm (27) na 50 operacyj 1 operowaną = 2%. By ułatwić wyłuszczenie szyi macicy ze sklepienia pochwy, radzi Rydygier zacząć operacyę przez pochwę okrojeniem części pochwowej i oddzieleniem szyi na tępo. Sposób ten nadaje się przedewszystkiem dla tych dużych mięśniowłókniaków macicy, gdzie występuje równocześnie rak części pochwowej. Tutaj pozwoliłbym sobie własną małą modyfikacyę:

Ponieważ pochwa jest trudną do oczyszczenia i w każdym razie pewne niebezpieczeństwo ze względu na aseptykę laparotomii przedstawia, więc radziłbym, jako wstępny akt wycięcia całkowitego macicy zapomocą laparotomii, okroić, według Rydygiera, część pochwową, oddzielić szyję macicy na tępo, amputować część pochwową, wypalić żegadłem Paquelina, zeszyć sklepienie pochwy kilkoma szwami węzełkowymi i dokończyć wycięcia macicy zapomocą laparotomii, nie stykając się już zupełnie więcej z pochwą.

Porównując metodę pozaotrzewnową (retroperitonealną) amputacyi macicy z wycięciem jej całkowitem zapomocą laparotomii, musimy podnieść, że pierwsza trwa króciej i nie wymaga otwarcia pochwy, trudnej do oczyszczenia, jej zaś wadą jest możność wystąpienia raka części pochwowej w późniejszym czasie po operacyi. Chrobak (28) wspomina trzy takie przypadki, Jacobs dwa, Savor (29), Hacker, Erlach i Kauffmann (30) po jednym.

O ile zestawienie liczbowe większej ilości operacyj dać może wogóle wierny obraz wartości poszczególnych metod operacyjnych, podnieść należy, że wyniki myomohisterektomii pozaotrzewnowej są lepsze od wyników wycięcia macicy całkowitego *per laparotomiam*. Olshausen (31) wykazuje dla mięśniowłókniaków macicy na 520 całkowitych wycięć macicy *per laparotomiam* 9·6% zgonów, podczas gdy na 806 myomohisterektomii pozaotrzewnowej wypada według tego samego autora tylko 5·6% śmiertelności.

Trzymając się zatem jedynie słusznej zasady indywidualizowania poszczególnych przypadków, streszczam krótko

w następujący sposób moje zapatrywania na wybór metody operacyjnej przy mięśniowłókniakach macicy:

1. Mięśniowłókniaki podsurowicze macicy powinniśmy wyłuszczać, względnie amputować, zapomocą laparotomii pod warunkiem, jeżeli możemy być pewnymi, że zresztą w macicy niema więcej mięśniowłókniaków.

2. Pojedyncze lub nieliczne, lecz łatwo dostępne mięśniowłókniaki podśluzowe macicy należy wyłuszczać z wnętrza macicy, ile możności utrzymując takową.

3. Mięśniowłókniaki macicy mniejsze od główki płodu nowonarodzonego nadają się do całkowitego wycięcia macicy przez pochwę.

4. Mięśniowłókniaki macicy większe od główki płodu nowonarodzonego najlepiej operować zapomocą amputacyi macicy tuż nad sklepieniem pochwy (myomohisterektomia retroperitonealis).

5. Mięśniowłókniaki macicy większe od główki płodu nowonarodzonego, nizko w szyi, względnie w części pochwowej macicy, usadowione, lub przy równoczesnem zwyrodnieniu rakowatem części pochwowej, wymagają całkowitego wycięcia macicy zapomocą laparotomii. (Przy zwyrodnieniu rakowatem części pochwowej najpierw część pochwowa przez pochwę, a potem reszta macicy zapomocą laparotomii).

6. Chore bardzo osłabione lub w wieku podeszłym będące najlepiej operować według metody zewnątrzotrzewnowej ze względu na najmniejszą utratę krwi i krótkość operacyi.

### Piśmiennictwo.

1. Péan. Kolpomyomotomie. (*Gaz. des hôpitaux*, 1886, Nr. 56, Nr. 119. — Tenże. Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. Tom IV. Paryż. 1895. — 2. Richelot. Six nouvelles hystérectomies vaginales. (*Union med.*, 1887). — 3. Segond. Des plus gros fibromes justiciables de l'hysterectomie vaginale. (*Ann. de Gyn. vol.* XLIV). — 4. Doyen. Modifications de l'hystérectomie abdominale et vaginale. (*Ann. soc. de med. d. Anvers. vol.* LXVI). — 5. Ziembicki. »O francuskiej metodzie wycinania macicy przez pochwę«. Kraków, 1896. — 6. Handbuch der Gynaekologie von J. Veit, 1897. — 7. Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynaekologie XX. — 8. Pamiętnik VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Lwów, 1895. — 9. Am. J. of. Obst. Bd. IX. 1876. — 10. Die Kastration der Frauen. Leipzig, 1878. (*Volkmanns klin. Vorträge*, Nr. 136—138). — 11. Wiener klinische Wochenschrift, 1890, Nr. 10. — 12. Verhandlungen der deutsch. Gesellsch. f. Gynaekologie. Bonn, 1891. — 13. St. Petersburger med. Wochenschrift XXVI, 1877, Nr. 1 u. 2. — 14. Wiener med. Wochenschrift, 1885, Nr. 35. — 15. Wiener med. Wochenschrift 1885, Nr. 48. 16. Hegar und Kaltenbach. Operative Gynaekologie. 6 Aufl., 1886. — 17. Schauta. Lehrbuch der gesammten Gynaekologie. — 18. C. Schroeder. Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. 12 Aufl., herausgegeben von M. Hofmeier. — 19 Herzfeld. Klinischer Bericht über tausend Bauchhöhlenoperationen, 1895 (Klinik Schauta). — 20. Naturforscherversammlung Cassel, 1878, Baden-Baden, 1879, Salzburg, 1881. — 21. Pamiętnik VII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Lwów, 1895. — 22. Centralblatt f. Gynaekologie, 1891, Nr. 35. — 23. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie VI. — 24. Handbuch der Gynaekologie von J. Veit. 25. Centralblatt f. Gynaekologie, 1894, Nr. 14. — 26. Monatsschrift für Geburtshülfe u. Gynaekologie. Bd. I. Heft 3, 1895. — 27. Centralblatt f. Gynaekologie, 1898, Nr. 11. — 28. Monatsschrift f. Geburtshülfe und Gynaekologie, 1896, Bd. III. Heft 3. — 29. Geburtshilflich-gynaekologische Gesellschaft in Wien. Sitzung am 14 Juni, 1898. — 30. Virchow's Archiv Bd. CLIV. Heft 1. — 31. Handb. der Gynaekologie von J. Veit.

## IV. Oceny i sprawozdania.

S. Orłowski: **Syfilis rdzenia**. (*Monografia.* Warszawa, 1898 — 340 stronic i 4 tablice litogr.).

Autor wzbogacił piśmiennictwo lekarskie polskie nader cenną monografią o kile rdzenia, opracowawszy ten przedmiot starannie, treściwie i wyczerpująco na podstawie pokaźnej liczby (60) dokładnych spostrzeżeń klinicznych, bądźto własnych (26), bądź też poczynionych w klinice chorób nerwowych prof. Kożewnikowa w Moskwie (44).

Po wstępie, przedstawiającym ogólny rys historyczny rozwoju nauki o kile układu nerwowego, znajdujemy szczegółowy opis czterech przypadków kiły rdzenia pacierzowego, w których autor przeprowadził bardzo staranne badania drobnowidowe. W pierwszym przypadku, w 13 miesięcy po zakażeniu kiłowem, rozwinęło się w ciągu jednego tygodnia zupełne porażenie ruchu i czucia w obu odnogach dolnych, oraz niedowład pęcherza. Jakkolwiek po tygodniu nastąpiło wybitne polepszenie, to jednak już po 3 miesiącach pojawiło się ponowne zupełne porażenie odnóg dolnych. Mimo swoistego leczenia stan chorego pogarszał się z małemi wahaniami prawie stale tak, że chory po kilku miesiącach, wśród objawów posocznicy, która z przyczyny odleżyn wystąpiła, życie zakończył. Sekcya stwierdziła znaczne rozmiękczenie w dolnej części piersiowej rdzenia pacierzowego, badanie zaś histologiczne wykazało, że przedewszystkiem żyły na całej długości rdzenia pacierzowego (*venae spinales ant. et poster., v. radiculares ant. et post.*) uległy zmianom zapalnym, które doprowadziły aż do zupełnej niedrożności wielu żył (*Phlebitis obliterans*). Natomiast tętnice rdzeniowe przedstawiały tylko nieznaczne zmiany (*Periarteriitis*). Sznury tylne i boczne uległy rozmiękknieniu rozlanemu, a w istocie szarej napotkano wybroczyny, przekrwienie i zanik komórek nerwowych. Nadto zauważono zwyrodnienia wtórorzędne wstępujące i zstępujące. W drugim przypadku pojawiło się w 22 miesięcy po zakażeniu kiłowem utrudnione oddawanie moczu, później osłabienie nóg, stopniowo postępujące aż do zupełnego porażenia poprzecznego ze zniesieniem odruchu kolanowego najprzód po prawej, a następnie po lewej stronie. Po roku wystąpiło zapalenie ropne dróg moczowych, a w 4 miesiące później śmierć. Sekcya stwierdziła nieznaczne zmętnienie i zgrubienie opon miękkich w części piersiowej rdzenia. W żyłach wzdłuż całego rdzenia były zmiany wybitne (*Phlebitis obliterans*), w tętnicach tylko nieznaczne zgrubienia błony zewnętrznej. W wysokości 8-go i 9-go korzenia piersiowego zupełne zniszczenie sznurów tylnych, prawego rogu tylnego i większej części sznurów bocznych, a w istocie szarej zniszczenie prawie wszystkich komórek zwojowych, obfity naciek drobnokomórkowy i wiele nowowytworzonych naczyń; wreszcie zwyrodnienie wtórzędne, oraz zanik korzeni nerwowych w dolnej części piersiowej. Spostrzeżenie trzecie dotyczy mężczyzny 45-letniego, który w 8 lat po zakażeniu kiłowem zauważył osłabienie nóg i czynności płciowej. Po krótkiem polepszeniu rozwinęło się w przeciągu kilku dni zupełne porażenie odnóg dolnych z zupełnem zniesieniem odczuwania bólu i ciepłoty przy nienaruszonem czuciu dotykowem, oraz porażenie pęcherza i odbytnicy. W miesiąc później nastąpiła śmierć nagła wśród objawów porażenia serca. Wynik sekcyi i badania drobnowidowego: obrzęk i przekrwienie żylne mózgu; dwa kilaki w części piersiowej rdzenia pacierzowego, a mianowicie: jeden w oponie twardej między piątym a szóstym korzeniem piersiowym po stronie prawej, drugi zaś w przedniej połowie istoty rdzenia, między 6-tym a 8-mym korzeniem piersiowym po stronie lewej; w tętnicy kręgowej wybitna *endoarteriitis*. Spostrzeżenie czwarte odnosi się do 30-letniej kobiety, której mąż przebywał niewątpliwie kiłę. Choroba rdzenia pacierzowego rozpoczęła się u chorej osłabieniem nóg i utrudnionem oddawaniem moczu. Objawy te spotęgowały się w ciągu miesiąca do zupełnego porażenia odnóg dolnych.

Jakkolwiek po 7 miesiącach pojawiła się wybitna poprawa zwłaszcza w zakresie czucia, to jednak chora zakończyła życie z powodu gruźlicy płuc. Sekcya stwierdziła istnienie kilaka w przewodzie kręgowym pomiędzy okostną i oponą twardą rdzenia w wysokości 3-go, 4-go i 5-go korzenia piersiowego, a nadto w rdzeniu pacierzowym w wysokości 4-go korzenia piersiowego zmiany rozlane przeważnie w sznurach tylnych i bocznych, oraz znaczne przekrwienie szarej i białej istoty rdzenia i zanik wielu komórek nerwowych. W naczyniach żylnych zmiany nie były tak wybitne jak w poprzednich przypadkach.

Następnie omawia autor anatomię patologiczną kiły rdzenia pacierzowego. Opisawszy dokładnie zmiany kiłowe kręgosłupa, opony twardej i miękkiej, zastanawia się nad jakością i powstawaniem zmian w naczyniach tętniczych i żylnych, oraz w samej istocie rdzenia. Wobec tego, że zmiany kiłowe rdzenia zależeć mogą bądźto od sprawy zapalnej w oponach, bądź też od sprawy swoistej w naczyniach, albo powstać mogą bezpośrednio przez działanie trujące (toksyczne) kiły na tkankę nerwową, albo też wreszcie wytworzyć się mogą pod postacią nowotworu lub zapalenia kilakowego, kreśli autor szkic klasyfikacyi anatomicznej, rozdzieliwszy cały dorobek anatomo-patologiczny na następujące gromady:

1. *Pachymeningitis spinalis gummosa et fibrosa syphilitica.*
2. *Meningo-myelitis syphilitica.*
3. *a) Myelomalacia acuta syphilitica.*
   *b) Myelitis chronica syphilitica.*
4. *Gummata medullae spinalis et meningum.*
5. *Laesiones pseudosystematicae et combinatae.*

Skreśleniu obrazu klinicznego poświęca autor najwięcej miejsca. W klasyfikacyi przypadków klinicznych ma autor przedewszystkiem na względzie sposób rozwoju choroby. Przypadki rozwijające się ostro, których podstawę anatomiczna stanowi rozmiękczenie rdzenia *(Myelomalacia)* należą do pierwszej gromady, gdy tymczasem przypadki, rozwijające się powoli i stopniowo na tle sprawy zapalnej przewlekłej, jako *Meningomyelitis*, *Myelitis* lub *Gumma*, stanowią drugą kategoryę cierpień kiłowych rdzenia.

Przypadki o przebiegu przewlekłym lecz z wybitnemi zaostrzeniami zalicza autor do osobnej gromady, a mianowicie do postaci przejściowych. Następną gromadę stanowią postacie szczególniejsze, jak zmiany kiłowe w kręgosłupie, w oponie rdzeniowej twardej, w *cauda equina* i t. p. Do oddzielnej gromady zalicza autor te przypadki, w których objawy mózgowe na pierwszy plan się wysuwają *(Lues cerebro-spinalis)*. Do ostatniego działu należą postacie rzekomo układowe i skombinowane.

Stósownie do tej klasyfikacyi omawia autor każdą gromadę z osobna, przytaczając szczegółowe opisy odpowiednich przypadków i kreśląc obraz kliniczny.

W przebiegu przypadków należących do pierwszej gromady, a więc rozwijających się ostro, rozróżnia autor podobnie jak Sottas trzy okresy: zwiastunowy, porażenia ostrego i porażenia spastycznego. W okresie zwiastunowym zjawiają się albo objawy mózgowe (ból i zawrót głowy, wymioty, krótkotrwałe porażenia nerwów mózgowych, chwilowe napady niedowładu połowiczego, lub nieznaczne zaburzenia mowy), albo też objawy rdzeniowe (bóle w pasie lub w kręgosłupie — *rachialgia nocturna* — albo w kończynach, lekkie znieczulenia, ociężałość nóg, utrudnienie oddawania moczu lub stolca, osłabienie czynności płciowej, lub przeciwnie uporczywe wzwody prącia).

Okres porażenia ostrego cechuje się szybko rozwijającem się porażeniem obu odnóg dolnych i ciężkiemi zaburzeniami w czynności pęcherza i kiszki stolcowej; obraz więc kliniczny odpowiada objawom ostrego zapalenia rdzenia i to najczęściej w części grzbietowej *(Myelitis transversa dorsalis)*.

W okresie porażenia spastycznego zmniejszają się stopniowo objawy porażenia tak, że chory odzyskuje zwolna zdolność wykonywania ruchów czynnych, natomiast występują objawy spastyczne, a mianowicie ruchy bierne bywają nadzwyczaj utrudnione, czasem wytwarzają się przykurczenia w stawach, a odruchy ścięgniste są niezmiernie spotęgowane.

Obraz kliniczny przypadków o przebiegu przewlekłym cechuje się nietylko powolnym stopniowym rozwojem choroby, lecz także objawami paretyczno-spastycznymi w kończynach dolnych o różnem nasileniu, bólami, uczuciem odrętwienia, mrowienia, swędzenia, palenia lub ziębienia, oraz upośledzeniem czucia. Dość często zdarza się obraz porażenia Brown-Séquarda, t. j. na jednej kończynie przeważają zboczenia w zakresie czuciowym, na przeciwległej zaś — upośledzenie zdolności ruchowej wraz z pewną nadczułością. Do stałych niemal objawów należy również utrudnienie oddawania moczu. W przebiegu choroby zauważyć można najczęściej wybitne wahania w nasileniu objawów chorobowych.

Następnie kreśli autor obraz kliniczny kiły mózgu i rdzenia pacierzowego. Choroba rozpoczyna się najczęściej bólem i zawrotami głowy, napadami nudności i wymiotów, lub też napadami niemoty lub niedowładu połowiczego, czasem zaś rozpoczyna się porażeniem niektórych nerwów mózgowych *(n. abducens, oculomotorius, facialis)*, lub porażeniem połowiczem. W przypadkach o bardzo ciężkim przebiegu rozwija się szybko (czasem w postaci udaru z utratą przytomności) porażenie wszystkich kończyn, oraz groźne upośledzenie oddechania z powodu porażenia przepony. W przypadkach przebiegających dość przewlekle łączy się zwykle porażenie połowicze z porażeniem poprzecznem (Triplegia) o cechach spastycznych.

Z kolei omawia autor szczególniejsze postacie cierpień kiłowych. Schorzenie kręgów powstałe na tle kiły objawia się obrzmieniem i skrzywieniem danej części kręgosłupa, wzmożonem napięciem mięśni sąsiednich, bolesnością wyrostków ościstych. Dość często zdarzają się objawy zależne od ucisku korzeni nerwowych, opon rdzeniowych lub rdzenia pacierzowego. Zajęcie kręgów szyjnych cechuje się sztywnością szyi, bardzo silnymi bólami w karku, ramionach a czasem i w kończynach górnych z powodu zapalenia splotów barkowych.

W zapaleniu kiłowem opon rdzeniowych przeważają bóle najrozmaitsze o różnem natężeniu, oraz napięcie mięśni grzbietowych, potęgujące się czasem aż do powstania *opisthotonus*. *Pachymeningitis cervicalis hypertrophica* cechuje się silnymi nerwobólami w karku i kończynach górnych oraz niedowładem mięśni kończyn górnych, połączonym z zanikiem mięśni, do czego przyłącza się wkrótce porażenie odnóg dolnych o cechach spastycznych. Co się tyczy postaci chorobowej, opisanej przez Erba pod nazwą *Paralysis spinalis syphilitica*, a cechującej się niedowładem spastycznym odnóg dolnych, bólami i zaburzeniem czynności pęcherza, to zdaniem autora istnieje dotychczas zbyt jeszcze mało danych, aby postać tę uważać za samoistną całość nozologiczną.

Schorzeniu części lędźwiowej rdzenia odpowiada porażenie odnóg dolnych, tak zwane zwisłe, ze zniesieniem odruchów ścięgnistych oraz z zanikiem mięśni, z zaburzeniami w zakresie czucia, oraz ze zboczeniami w czynności zwieraczy pęcherza i odbytnicy.

Zajęcie nici końcowej *(conus medullaris)* objawia się zniesieniem czucia skórnego w zakresie nerwów sromnych i ogonowych.

Gdy siedliskiem choroby jest *cauda equina*, występują objawy porażenia obwodowego w kończynach dolnych wraz z upośledzeniem czucia i to najczęściej w zakresie nerwów kulszowych.

Ograniczone kilaki rdzenia i opon objawiać się mogą w rozmaity sposób. Do stałych jednak objawów należą gwałtowne i uporczywe nerwobóle, zależne od umiejscowienia kilaka.

Do postaci rzekomo układowych i skombinowanych zalicza autor: 1) rzekomy wiąd rdzenia kiłowy (Pseudotabes); 2) kombinacye wiądu i kiły rdzenia; 3) kiłę rdzenia w postaci stwardnienia bocznego pierwotnego; 4) kiłę rdzenia w postaci zaniku mięśniowego postępowego, oraz 5) kiłę rdzenio-mózgową wieloogniskową. Do tej gromady należą w ogólności przypadki, w których zmiany kiłowe dzięki swemu umiejscowieniu objawiają się głównie pod postacią cierpienia układowego, oraz przypadki, w których ze schorzeniem swoistem rdzenia łączy się jeszcze inna choroba układu nerwowego.

W końcu omawia autor etyologię, rozpoznanie i leczenie kiły rdzenia pacierzowego.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że praca S. Orłowskiego zasługuje ze wszech miar na zupełne uznanie. Monografia ta bowiem wyczerpuje przedmiot wszechstronnie, zawiera wiele cennych spostrzeżeń własnych autora nietylko w dziedzinie badań drobnowidowych, lecz także pod względem klinicznym, daje dokładny obraz obecnego stanu nauki o kile rdzenia pacierzowego, a zarazem odznacza się niezwykłą przejrzystością, wykładem jasnym i językiem poprawnym, oczywiście jeżeli uwzględnimy właściwości warszawskiego słownictwa lekarskiego, które w wielu rzeczach różni się od słownictwa krakowskiego, jak n. p. „syfilis“ a „kiła“, gumat“ a „kilak“.

*Prof. Dr. Prus.*

## V. Wyciągi.

Prof. A. Broca: **Kiedy należy przystąpić do operacyi w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego?** *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (kwiecień, 1899). Sprawa leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego *(appendicitis)* nie schodzi ze szpalt piśmiennictwa lekarskiego. Czy leczenie tego zapalenia wchodzi bez zastrzeżeń do zakresu działalności chirurga, czy też internisty? czy należy operować bezzwłocznie, czy też wyczekiwać? to są pytania, na które nie uzyskano do tej pory jednomyślnej odpowiedzi. Wśród skrajnych zapatrywań Broca idzie drogą pośrednią, a chętnie zdajemy sprawę z jego pracy, gdyż jest on chirurgiem naczelnym w szpitalu Trousseau i wielce wziętym lekarzem w Paryżu, zatem pisarzem, opierającym swe zdanie na podstawie wieloletniego i wielostronnego doświadczenia.

Broca wychodzi z tej zasady, że w każdem zapaleniu wyrostka robaczkowego jest wielka dążność sprawy zapalnej do wytworzenia umiejscowionego ogniska, ograniczonego zlepnem zapaleniem narządów, okalających to ognisko. Ponieważ Broca jest zdania, że ta sprawa zlepna odbywa się w każdym przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego, owoż nieprzeszkadzanie zorganizowaniu się tego umiejscowionego ogniska jest nie tylko najpierwszem, lecz i pierwszorzędnem zadaniem lekarza, wezwanego we wczesnym okresie zapalenia wyrostka robaczkowego. A przeszkadza temu odgraniczeniu się zapalnego ogniska i naraża chorego na uogólnienie się zapalenia otrzewnej tak dobrze chirurg, gdy bez namysłu i z góry powziętej zasady przystępuje do operacyi, jak i internista, gdy na podstawie najczęściej błędnego rozpoznania uraża otrzewnę środkami czyszczącymi i lawatywami. Broca jest zdania, że w tym wczesnym okresie choroby należy zalecić największy spokój, dać okład lodowy, wyznaczyć ścisłą dyetę i podać makowiec; przy tych warunkach, według tego autora, sprawa zapalna na pewno pozostanie miejscową.

Jeśli w dalszym przebiegu, po przekonaniu się, że sprawa zapalna ograniczyła się, a inne objawy przedmiotowe i podmiotowe świadczą o ciężkiej sprawie ropnej, zakażającej ustrój, operacya staje się niezbędną, a zwlekanie byłoby zbrodnią. Natomiast, jeśli stan ogólny jest względnie dobry, ciepłota niepodniesiona lub mało co wyższa, a cierpień gwałtownych i zaburzeń czynnościowych w narządach sąsiednich niema, to należy z operacyą zwlekać, a w większości podobnych przypadków staje się ona zupełnie zbędną.

*A. Kw.*

Dr. Oskar Busch. **O krwawieniach z macicy.** *(St. Petersb. Med. Wochenschrift,* Nr. 9, 1899). Autor dzieli krwawienia maciczne na pierwotne i następowe. Do pierwszych zalicza krwawienia w stanie zapalnym błony śluzowej macicy, po poronieniach przy zatrzymaniu resztek jaja płodowego, przy nowotworach i w okresie ustawania miesiączki. Rozróżnić te wszystkie czynniki przyczynowe można badaniem zapomocą zgłębnika macicznego, a leczyć lub uzupełnić rozpoznanie — łyżeczkowaniem macicy. Do tego pierwszego działu należy również zaliczyć krwawienie z powodu złego zwinięcia się macicy po porodach lub poronieniach, jakoteż przewlekły niedowład macicy, występujący po licznych i częstych ciążach; te dwa schorzenia nie można uleczyć wyskrobaniem jamy macicznej; natomiast należy usiłować podnieść ogólne odżywienie chorej i uregulować krążenie. Wreszcie tu zaliczyć należy krwawienia, zdarzające się u kobiet starych, już po ustaniu miesiączkowania, wywołane zmianami miażdżycowemi w ścianach naczyń. Mogą one być tak uporne, że zmuszają do wycięcia macicy.

Krwawienia następowe zawdzięczają swe powstanie zmianom w otoczeniu macicy; tych oczywiście wyskrobaniem macicy uleczyć nie można. Tu zaliczyć należy krwawienie przy ciąży zamacicznej, przy zmianach zapalnych w przydatkach macicy, ostrych lub przewlekłych, przy uwięźnieniach lub skręceniu guzów, wychodzących z przydatków. Stany powyższe mogą powodować krwawienie albo z powodu im towarzyszącego zapalenia błony śluzowej macicy lub też i wskutek samego zastoju; w każdym razie użycie w tych przypadkach do leczenia łyżeczki jest bezwarunkowo przeciwwskazane, ponieważ ich przyczyna leży w zmianach krążenia, które mogą ustąpić tylko przy usunięciu przewłocznego schorzenia, podobnie jak ustępują zaburzenia po przywróceniu fizyologicznego ułożenia macicy. Następowe krwawienia w końcu mogą wystąpić z powodu schorzeń ogólnych, wywołujących zaburzenia w krążeniu. *St. D.*

Dr. M. Linde (Lubeka). **Elektromagnes Haaba czy Hirschberga?** *(Centralblatt für pr. Augenheilkunde.* 1899. 1). Celem wydobycia kawałków żelaza, które przebiły zewnętrzne opony oka i utkwiły we wnętrzu jego, używamy magnesów. W tym celu obmyślił Hirschberg przyrząd elekromagnetyczny, który podnosi 500 gr. żelaza, a którego koniec wkłada się do wnętrza oka, naturalnie po poprzedniem przecięciu twardówki. Sideroskop Asmusa może wskazać, w której części gałki ocznej się znajduje ciało obce. Haab wprowadził inny przyrząd elektromagnetyczny, tak zwany olbrzymi magnes (Riesenmagnet), który przyciąga drobne odłamki żelaza z wielką siłą, miażdżąc naturalnie miękkie tkaniny śródgałkowe, które go dzielą od końca magnesu, przyczem występuje gwałtowny ból i znaczny krwotok tęczówkowy. Dr. Sachs ogłosił 32 przypadków, operowanych magnesem Haaba na klinice Fuchsa w Wiedniu. Autor porównywa wyniki operacyi przyrządem Haaba wykonanych z wynikami operacyi, w których zastósowano elektromagnes Hirschberga i stawia pytanie, który sposób operowania jest pewniejszy i lepsze daje wyniki? Haaba przyrząd jest zdaniem autora niepewny, a dobry wynik operacyi zależny od szczęśliwego przypadku. Naprzód miażdży ciałko szklanne, co w następstwach sprowadza często oderwanie siatkówki, dalej kaleczy tęczówkę, ciałko rzęskowe, soczewkę i przerywa więzadełko Zinna, gdyż w drodze z wnętrza oka na zewnątrz obraża taksamo tkaniny, jak je obraził, wnikając do oka. Ostre końce ciała obcego przyciągniętego z wielką siłą przez elektromagnes Haaba sprawiają szkodliwsze obrażenia tkanin, niż gładkie cięcie przy operacyi Hirschberga. W niektórych przypadkach wystarczy zbliżenie oka do przyrządu Haaba, aby je nieuleczalnie zniszczyć skutkiem wewnętrznych obrażeń; takie przypadki istotnie się zdarzyły, a Sachs je opisał. Wskazany jest przyrząd Haaba tylko

w takich przypadkach, w których ciało obce jest bardzo małe, co można poznać po bardzo małej bliźnie rogówkowej, która wskazuje, którędy się dostało do oka; w przypadkach tych oko jest miernie zadrażnione, a bystrość wzroku jest dobra. W tych przypadkach z góry przewidzieć można, że przyrząd Hirschberga jest za słaby, aby wydobyć małe ciało wklinowane w tkaninie. Dla lekarza praktykującego w okolicach fabrycznych, w których się dość często zdarzają przypadki utkwienia żelaza w oku, wystarczający jest zupełnie przyrząd Hirschberga, który jest niewielki, poręczny, przenośny i wymaga do wprowadzenia w czynność tylko małej bateryi lub akumulatora. Wykonanie operacyi musi być wczesne, zanim się wytworzą zrosty, i ściśle aseptyczne.

*Dr. Zion.*

M. Lange. **Gruczoł tarczykowy a ciąża.** Aby wyświetlić przyczynę przerostu gruczołu tarczykowego, przeprowadził autor szereg doświadczeń na ciężarnych i położnicach, pochodzących z okolic, wolnych od wola. Nie opierał on jednak doświadczeń swych na mierzeniu obwodu szyi przed i po porodzie, jak to robił Freund, gdyż przekonał się, że z jednej strony podściółka tłuszczowa, z drugiej naprężenie mięśni i przekrwienie narządów szyi zaraz po porodzie nie dozwalają ocenić należycie powiększenia samego gruczołu. Dlatego u położnic, których nie badał w ciąży, bada dopiero w 24 godzin po porodzie, przypuszczając, że naprężenie mięśniowe i przekrwienie już ustąpiły.

Autor zwraca uwagę tylko na to, czy gruczoł się w ciąży powiększa, czy nie. Za powiększony gruczoł uważa wtenczas, kiedy dotykiem powiększone płaty dają się łatwo w otoczeniu odgraniczyć, i kiedy już wzrokiem powiększenie to ocenić się daje; u wieloródek powiększenie to staje się widocznem w 5tym, u pierwiastek w 6tym miesiącu, czy to dlatego, że w tym okresie szybciej rośnie, czy też przez to, że w tym czasie dochodzi do rozmiarów dla oka widocznych; w każdej ciąży ten sam płat ulega powiększeniu.

Aby wyświetlić przyrodę wola w ciąży, podawał autor przetwory gruczołu tarczykowego, twierdząc, że zniknięcie powiększenia gruczołu będzie najlepszym dowodem prawdziwego przerostu.

Do doświadczeń tych wybierał kobiety zupełnie zdrowe ze szczupłą szyją lub z powiększonym płatem środkowym, jako łatwo do badania przystępnym. Podawał 1—3 taletek tyreoidyny lub 1—2 tabletek jodotyryny. Przetwory te okazały się tak dla matek jak i dla dzieci zupełnie nieszkodliwe; co zaś do wola, to ten 5—7 dnia po zastósowaniu leczenia zaczyna maleć, a 14 dnia zupełnie znika. Czasem w ciążach wczesnych gruczoł po 4—7 tygodniach nanowo się powiększa, po zastósowaniu jednak powtórnego leczenia zupełnie znika.

Z doświadczeń tych wyciąga wniosek, że wole ciężarnych polega na przeroście istoty gruczołowej, wywołanym drażnieniem gruczołu przez jakieś składniki, znajdujące się we krwi, które bądź to wytwarzają się specyalnie podczas ciąży. bądź też w większej ilości podczas ciąży się znajdują. Jeżeli wól jest stałym objawem ciąży, mimowoli nasuwa się pytanie, jakie jest jego znaczenie, czy jest on zmianą towarzyszącą w ciele ciężarnej, jak np. *Chloasma uterinum*, czy jest zjawiskiem patologicznem na wzór wola przerostowego, czy też zmianą fizyologiczną. Aby to wyświetlić, badał ciężarne, nieposiadające wola, i przekonał się, że w znacznej liczbie przypadków był białkomocz. Z tego wynika, że zachodzi jakiś związek między wolem a białkomoczem. Aby to wyświetlić starał się wykazać, jaki wpływ na nerki będzie wywierać źle funkcyonujący gruczoł, lub znaczny jego brak. W tym celu wycinał znaczną część, bo $^4/_5$ gruczołu tarczykowego zwierzętom i następnie badał zachowanie się nerek. Do doświadczeń swych używał kotek, dlatego, że nie posiadają gruczołu dodatkowego, nadto, że gruczoł ten podczas ciąży zawsze się powiększa. W jednych przypadkach wycinał $^4/_5$ gruczołu tak u kotnych, jak i u niekotnych, u innych wyjmował jedną nerkę, potem, w cztery tygodnie $^4/_5$ gruczołu. W pierwszych doświadczeniach, jeżeli pozostała część źle funkcyonuje, to tak u kotnych, jak i u niekotnych występuje tężyczka, dająca się usunąć jodotyryną, w nerkach jest tylko zmętnienie przybłonka w cewkach pokręconych (tubuli contorti).

Jeżeli pozostała część dobrze funkcyonuje, to niekotne są zdrowe i nie okazują żadnych zmian w nerkach; kotne dostają czasem drgawek i zapadu, a w nerkach występuje stłuszczenie przybłonka w cewkach pokręconych. Jeżeli jest brak jednej nerki, to objawy te szybciej i z większym nasileniem występują.

Przekonawszy się z poprzednich doświadczeń, że wole ciężarnych ginie przy podawaniu przetworów gruczołu tarczykowego, podawał jodotyrynę ciężarnym bez wola, a z objawami zapalenia nerek, przyczem zwiększało się zawsze moczenie (diureza), ilość białka stawała się mniejsza, a nawet zupełnie znikała.

Wyciągając w końcu wnioski, twierdzi autor: 1. Że przerost gruczołu tarczykowego w ciąży jest objawem fizyologicznym. 2. Że przerost ten nigdy nie występuje u tych ciężarnych, które mają zapalenie nerek. 3. Jodotyryna zmniejsza ilość białka; a czy działa objawowo, czy też swoiście, pozostawia dalszym badaniom do rozstrzygnięcia. *T. P.*

Dr. Th. Landau. **Leczenie białych upławów zapomocą hodowli drożdżowych.** *(Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 11, 1899). Autor, wychodząc z założenia, że wszelkie środki przeciwgnilne, stósowane dotychczas przeciw nieżytom błony śluzowej pochwy, a szczególniej nieżytom przewlekłym na tle rzeżączki, nie wywierają żadnego, albo nawet ujemny skutek na przebieg choroby, postanowił wynaleźć taki środek, który niszczyłby w zupełności bądź to same bodźce zapalne, t. j. bakterye, bądź też szkodliwe substancye, przez nie wytworzone, sam nie wywierając ujemnego wpływu na ustrój. W tym celu zwrócił autor uwagę na drożdże zwykłe, jako grzybki obojętne dla ustroju, w przypuszczeniu, że drobnoustroje te z powodu swej silnej zdolności rozmnażania się zdołają poprostu przerosnąć inne bakterye. Wyniki sprawdziły to teoretyczne przypuszczenie. Na czterdzieści chorych, leczonych ambulatoryjnie wstrzykiwaniami drożdży, a dotkniętych przeważnie nieżytami przewlekłymi błony śluzowej pochwy, więcej niż połowa została zupełnie wyleczoną; w niektórych przypadkach po zaprzestaniu leczenia nastąpił nawrót choroby, w niektórych znów zmniejszenie widoczne upławów. Do wstrzykiwań używał autor zwykłych drożdży, dostarczanych przez jeden z berlińskich browarów, dodawał do nich nieco piwa i wstrzykiwał do sklepień 10—20 ctm.$^3$ tej zawiesiny zapomocą zwykłej strzykawki przez wziernik pochwowy, poczem zakładał tampon, który po 24 godzinach wyjmował. Przy istnieniu nienaruszonej błony dziewiczej wstrzykiwania odbywały się przez cienką rurkę szklaną lub gumową. Po 2—3ch dniach zabieg powtarzano.

Pomimo, że drożdże zanieczyszczone były rozmaitemi bakteryami, autor spodziewa się z nich wyosobnić czynnik właściwie działający. (Trudno zrozumieć, dlaczego Dr. Landau w doświadczeniach, po których oczekiwał tak ważnych wyników, nie posługiwał się czystemi hodowlami drożdży. *Ref.).* *Dr. N. Kostanecki.*

Dr. Heimes. **O zachowaniu się farb malarskich względem chorobotwórczych bakteryj.** *(Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 11. 1899. *Vereins-Beilage).* Nadzwyczaj ważne znaczenie dla hygieny mieszkań wogóle, a w szczególności sal szpitalnych, posiada zastósowanie odpowiednich farb do malowania ścian. Jakkolwiek bowiem znane są rozmaite antyseptyczne środki, które bez szkody dla samego malowidła mogą być użyte do odkażania ścian (jak n. p. formalina, glikoformol i t. d.), to jednak znaczne trudności, zachody i stosunkowo wielkie koszta, jakie łączą się z zastósowaniem tych środków, uniemożliwiają poczęści szersze ich rozpowszechnienie. A przecież oczyszczanie ścian, na których stale osiada kurz, przepełniony nieraz chorobotwórczemi bakteryami, posiada nieposlednią wagę w sprawie przenoszenia się chorób zakaźnych

tą drogą. Wobec tego, najprostszego rozwiązania sprawy należałoby oczekiwać wtedy, gdyby do pociągania ścian użyć farb, które same przez się mogłyby działać szkodliwie na bakterye, niszcząc w zupełności te drobnoustroje. Gdzież jednak szukać takich farb? Na pytanie to odpowiada właśnie Dr. Heimes swemi doświadczeniami. Autor ten wypróbował bakteryobójcze działanie zwykłych farb olejnych, farb klejowych, emaliowych, amfibolinowych z fabryki C. Glutha w Hamburgu i farb olejnych „Zonca" z fabryki Zonca i Sp. w Würzburgu. Licznie przeprowadzone doświadczenia dały mu następujące wyniki:

1. Wszystkie wspomniane farby wywierały działanie bakteryobójcze. 2. Najsilniej działały farby olejne „Zonca", następnie emaliowe i amfibolinowe, najsłabiej farby wapniowe i klejowe. 3. Farby „Zonca" i amfibolinowe odznaczały się także łatwością w pociąganiu ścian niemi, swą niezapalnością i trwałością na działanie wysokiej ciepłoty (170°) suchej i wilgotnej, podczas gdy inne barwniki przy tego rodzaju zabiegach doznawały znacznego stopnia uszkodzeń: emaliowe tworzyły pęcherze, zwykłe olejne pokrywały się nierównościami i zmieniały barwę, a klejowe ulegały zupełnemu zniszczeniu. 3. Pod działaniem kwasów najmniejszej zmianie ulegały również farby „Zonca". 4. Mydło potasowe nie wywierało działania na farby „Zonca", emaliowe i amfibolinowe.

Z wyników otrzymanych przez autora należałoby wnosić, że farby „Zonca", ze względu na swe właściwości zasługują ze wszech miar na rozpowszechnienie; na razie jednak musimy się powstrzymać z wydaniem ostatecznego sądu, gdyż autor dopiero później obiecuje przytoczyć szczegółowe doświadczenia, które pozwolą ocenić ścisłość metody badania.

*Dr. N. Kostanecki.*

## VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Antytoksyna przeciwtężcowa. Znane są do tego czasu trzy rodzaje: Antitoksyna Tizzoni-Cattaniego, Behringa i Rouxa. W zastosowaniu dwie pierwsze okazały się więcej skutecznemi.

Tinctura Lichenis Islandici. Prócz znanego już zastosowania mchu irlandzkiego (*nutriens, mucilaginosum* i *tonicum amarum*), znaleźli Déguy i Bricemoret jeszcze jedną jego własność. Przy próbach z nalewką wyskokową, sporządzoną z tego produktu, przeciw pewnym zaburzeniom w trawieniu, okazało się, że 30—50 kropli tej nalewki powstrzymuje wymioty. Dawkę tę należy popić małą ilością wody alkalicznej. Przy *vomitus hystericus* skutku nie zauważono; przy wymiotach u ciężarnych prób jeszcze nie robiono.

Tinctura Moringae. Nalewka sporządzona z korzeni *Moringa pterygosperma*, rosnącej w Afryce i w Indyach. Już przed 7-miomia laty polecał Henry Shachan ten lek jako moczopędny. Wznowiono w ostatnich czasach próby zalecają nalewkę tę, jako lek bardzo skuteczny. Dhargalki używa jej w żółtaczce nieżytowej.

By osiągnąć zwiększenie ilości moczu, podaje się choremu 10 kropli do 4 gramów nalewki, a dawkę tę powtarza się co 3 god iny.

Tinctura Salviae. Dawniejsze badania Krahna i świeże prace Mourissea i Deguya zalecają nalewkę szałwiową, jako lek powstrzymujący nadmierne pocenie się. Podaje się w tym celu 30 do 50 kropli nalewki na 2 godziny przed spodziewanem wystąpieniem potów. Chociaż zauważano, że z ustąpieniem potów, co czasem spostrzega się już po pierwszej dawce, wystąpiła w niektórych przypadkach biegunka, lub wzmógł się kaszel (wilgotny), to jednak, biorąc na uwagę zupełną zresztą nieszkodliwość tego przetworu, należy go stósować w niektórych przypadkach (suchoty, gościec).

*Dr. Żychoń.*

(Dokończenie nastąpi).

Desot opisuje (*Lyon méd.* 1898, 48) przypadek choroby Addisona, w którym wstrzykiwał wodny wyciąg nadnercza, po czem zabarwienie skóry wprawdzie zbladło, ale powstały ciężkie objawy ze strony żołądka i jelit. *F. K.*

Leistikow zaleca nowy przetwór dziegciowy, liantral, szczególnie przy wyprysku łuszczycowym i łuszczycy głowy, w postaci 5—10—20% maści i rozpylań (na głowę), gdyż środek ten ma działać łagodząco na świąd i nie drażni skóry. Do maści używa L. *ung. caseini* i rozpoczyna zwykle, szczególnie przy wypryskach świeższych, od małych odsetków. Przy figówce i wypadaniu włosów oddawała mu dobre usługi maść: *L. 5—10,0 Sap. virid. 5.0 Adip. 45.0 m. f. ung.* (*Mon. f. p. Derm.* 1898. 8). *F. K.*

Wilczą jagodę (belladona) w zrazikowem zapaleniu płuc u dzieci stósował z dobrym wynikiem Coutts (*Brit. med. Journ. 28 stycz.*). Korzystne działanie wilczej jagody w tych przypadkach (na 60 dzieci stracił 2) polega na własności jej ograniczania wydzieliny w oskrzelach. Używał wyciąg wilczej jagody według angielskiej farmakopoi w dawce ¼ grana co 3 do 4 godzin: kilkakrotnie zauważono objawy przemijającego zatrucia, jak zaczerwienienie skóry, a nawet bredzenie. *R.*

Używanie wprowadzonego przez Bayera (1893) wazogenu coraz więcej znajduje zastósowania: Floras zachwala (*D. m. Woch.* 1899. 5) podawanie wazogenu jodowego, tak wewnętrznie, jak i zewnętrznie. Przy zapaleniach błon śluzowych jamy ustnej i przełyku otrzymywał F. szybkie wyleczenie, pędzlując miejsca zajęte 6% roztworem. Podawanie jv. po kilka kropli kilka razy na dzień w mleku przy wymiotach u ciężarnych usuwało je już po kilku dawkach. Na gruźlicę płuc i koklusz nie ma jodwazogen żadnego wpływu, przy przewlekłych nieżytach oskrzeli jednak i przewlekłem zapaleniu opłucnej skutek był zadziwiający i to w dawkach od 10 do 30 kropli 3 r. dnia. Gruczoły chłonne powiększone na tle zołzowem zmniejszały się szybko po wcieraniu jv. i podawaniu wewnętrznem od 3—7 kr. 2—3 r. dnia, zależnie od wieku dziecka. Zewnętrznie wcierany i przykładany na wacie przy zapaleniu sutków po porodzie sprowadzał jv. szybkie wessanie nacieku, użyty podobnie zewn. i wewn. przy wrzodach kiłowych i żylakowych doprowadzał do szybkiego zabliźnienia. W ten sam dwojaki sposób użyty (w rozcz. 6%) sprowadzał zawsze nader pomyślne wyniki przy zapaleniach stawów, stwardnieniu tętnic i rwie kulszowej.

*F. K.*

## VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

**Posiedzenie z dnia 12 kwietnia 1899 r.**

Przewodniczący: kol. Czyżewicz. Obecnych członków 11, gości 5.

1. Kol. Sołowij okazuje preparaty: *a) Kystadenoma papillare ovarii* o gładkiej ścianie zewnętrznej, podczas gdy z małym wyjątkiem całą ścianę wewnętrzną wyściełają niezliczone, do siebie przylegające, brodawki. *b)* Olbrzymio zgrubiałe i pokręcone trąbki, z których prawa zawierała blizko ujścia brzusznego ropę w ilości około 100 gramów (*pyosalpinx*). Grubość ściany trąbek wynosi miejscami 1 ctm. *c)* Bardzo grubą torebkę ropnia jajnikowotrąbkowego, który tworzył guz wielkości pięści, silnie przyrośnięty do tylnej blaszki więzadła szerokiego. *d)* Torbiel trąbkowo-jajnikowy wielkości główki dziecka o bardzo grubych ścianach i treści ropnej, zawierającej skrzepy krwi. Torbiel jest tak silnie do macicy przyrośnięty, że trzeba było w celu wyłuszczenia amputować macicę ponad sklepieniem pochwy.

2. Kol. Sołowij przedstawia chorą, u której wykonał operacyę przetoki pęcherzowo-pochwowej, przyrośniętej tak silnie do spojenia łonowego, że trzeba było przetokę oddzielić od kości sposobem Schauty i dopiero potem można było ją zeszyć. Chora ta cierpi także na stężenie (ankylozę) stawu skokowego, powstałe podczas porodu, z powodu osobliwego rodzaju pomocy, udzielanej jej przez wiejskie kobiety.

3. Kol. Sołowij wypowiedział: »Kilka słów o wartości prewentywnego sączkowania jamy brzusznej przy laparotomiach«. W dyskusyi wzięli udział koledzy: Schramm, Czyżewicz i Skalkowski.

Sekretarz: *Dr. Sołowij.*

## VIII. Wiadomości bieżące.

*Kraków 22 kwietnia 1899.*

* **Dr. Julian Kosiński**, profesor chirurgii w Uniwer. warszawskim, opuszcza, jak to donieśliśmy, katedrę, którą tak zaszczytnie przez lat 35 zajmował. Znużony 41-letnią pracą zawodową, a 35-letnią — pedagogiczną, przechodzi Prof. Kosiński w stan dobrze zapracowanego spoczynku. Wiemy to dobrze, że zasłużony profesor, opuszczając stanowisko uniwersyteckie, nie osieroca lekarskiej literatury polskiej, ani tych chorych, którzy odwołają się po ratunek do jego biegłości zawodowej. A jednak ustąpienie prof. Kosińskiego z Uniwersytetu jest dotkliwą stratą nietylko dla tej szkoły i jej słuchaczów, lecz i dla społeczeństwa polskiego.

Prof. Kosiński jest kownianinem; urodził się w r. 1833, szkoły średnie odbył w Kiejdanach, a nauki lekarskie w Petersburgu. W roku 1862 zostaje mianowany prosektorem w warszawskiej Akademii medyko-chirurgicznej; w 1866 wyjeżdża za granicę, gdzie w ciągu dwóch lat oddaje się nauce chirurgii w najlepszych szkołach europejskich. W r. 1869 otrzymuje w Szkole Głównej stanowisko nadzwyczajnego profesora chirurgii operacyjnej, a wkrótce potem zostaje powołanym na kierownika kliniki chirurgicznej szpitalnej; w kilka lat później przechodzi na klinikę wydziałową i na tej posadzie pozostaje do końca swej karyery profesorskiej. W r. 1877 został mianowany profesorem zwyczajnym, a w r. 1897 przyznano mu tytuł »zasłużonego profesora Uniwersytetu warszawskiego«.

Liczba prac, ogłoszonych przez prof. Kosińskiego, lub odczytanych w Towarzystwach naukowych, wynosi 118.

O zasługach nauczycielskich i naukowych prof. Kosińskiego, o jego umysłowej wyższości, zawodowej sumienności itd., jako tak dobrze znanych zaletach tej, o ile znakomitej, o tyle popularnej osobistości, nie piszemy dziś, bo są to rzeczy tegoczesnym lekarzom dobrze znane, a przytem, do wieńca zasług Czcigodnego profesora przybędzie jeszcze nie jeden liść wawrzynu, więc i na obrachunek jeszcze wielki czas. Dziś tylko pragnęlibyśmy zaznaczyć, że wiadomość o ustąpieniu prof. Kosińskiego ze stanowiska profesorskiego przyjmujemy nietylko z żalem, lecz z pełną świadomością istotnej i niepowetowanej straty, a niemniej, że w sercach naszych pielęgnujemy i pielęgnować będziemy głęboką wdzięczność za trudy całego żywota, położone dla literatury i społeczności lekarskiej polskiej.

* O posadę po prof. Kosińskim, jak donosi *Dziennik Warsz.* zamierzają ubiegać się profesorowie warszawskiego uniwersytetu: Maksimow i Wasilijew.

* Redakcya *Gazety Lekarskiej* dołączyła do Nru 15 podobiznę prof. Kosińskiego, a dr. Kijewski ogłosił wyczerpujący, ciepło i treściwie napisany życiorys, z którego zaczerpnęliśmy daty do powyższej naszej wzmianki.

* Towarzystwo Lekarskie krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem koledzy: doc. dr. Sroczyński, prof. dr. Pieniążek i prof. dr. Reiss przedstawili i omówili rzadkie przypadki kliniczne; kol. dr. Gliński okazał i objaśnił interesujące okazy anatomiczne.

* Jubileusz 500-letniej rocznicy odnowienia Uniwersytetu Jagiellońskiego przez Władysława Jagiellę przypada, jak wiadomo, w roku przyszłym. Senat akademicki wybrał osobny komitet jubileuszowy, do którego z Wydziału lekarskiego weszli profesorowie: Cybulski, Jordan i Wicherkiewicz. Program obchodu da się obecnie tylko w najogólniejszych zarysach przedstawić: uroczystość jubileuszowa odbędzie się w pierwszych dniach m. czerwca 1900 r. i głównym punktem programu będzie akt uroczysty, który odbędzie się w dziedzińcu Biblioteki uniwersyteckiej. Projektowane jest między innemi udzielenie honorowych dyplomów doktorskich i wybicie medalu pamiątkowego. W celu uświetnienia tej uroczystości ogłoszony zostanie szereg naukowych wydawnictw jubileuszowych, nad czem pracuje od r. 1896 osobna komisya pod przewodnictwem prof. K. Morawskiego.

* W Krakowie, w tygodniu od 26 marca do 1 kwietnia urodziło się dzieci 127: chrześcian 113 (nieślubnych 18), izraelitów 14 (nieślubnych 7). Umarło osób 66.

* Staraniem Towarz. lekar. warszawskiego została odnowioną w kościele św. Krzyża pamiątkowa tablica dla ś. p. profesora Polikarpa Girsztowta.

* Izba prawodawcza w Japonii uchwaliła obowiązkowe szczepienie ochronne przeciw ospie. Dzieci mają być szczepione w pierwszych 10 miesiącach życia, a w razie nieprzyjęcia się — po upływie 6 miesięcy; gdyby i ten drugi raz szczepienie nie przyjęło się, należy je powtórzyć po upływie dalszych 6 miesięcy. Rewakcynacya ma się odbyć w 6-tym roku życia dziecka i druga — w 12 roku. Szczepienie w późniejszem życiu może mieć miejsce tylko w razie grożącej epidemii ospy.

* Zarząd sanitarny m. Wiednia wypracowuje statut dla instytucyi pomocy lekarskiej w porze nocnej. Za podstawę ma być wziętą organizacya w Paryżu, gdzie magistrat poręcza lekarzowi honoraryum za wizyty w nocy.

* Niemieckie Towarzystwo balneologiczne w Berlinie wybrało Komisyę, złożoną z prof. Libreicha (przewodniczący), prof. Winternitza i Drów Schlipa i Thileniusa, dla zbierania składek na pomnik dla Dr. Brehmera, założyciela pierwszego sanatoryum (w Görbersdorfie) dla suchotników.

* Statystyka partactwa w Saksonii wykazuje, że w dniu 1 stycznia 1898 r. było tam na 1835 lekarzy 785 partaczy, a w niektórych okręgach liczba tych ostatnich przewyższała liczbę lekarzy. Zrozumieć trudno, jak może w państwie znakomicie zorganizowanem i rządzonem istnieć np. takie ogłoszenie w *Oelsnitzer Tageblatt*: »Niema więcej chorób. Bezboleśne leczenie tlenem szybko i pewnie usuwa wszelkie choroby, nawet gruźlicę i raka«. Podpisano: Drässe, homeopata w Falkensteinie.

W Rochlitzkim okręgu żyje trudniąca się obmywaniem trupów kobieta, która stanęła przed kratkami za sprzedawanie wody, pochodzącej z obmywania zwłok. Wodę tę kupowano u niej, jako lek przeciw opilstwu.

Czy tylko wyobrażenia nasze o wysokiej oświacie ludu niemieckiego, wobec przytoczonych faktów, nie są przesadzone?

* Jeśliby jeszcze kto powątpiewał o wyzyskiwaniu lekarzy, może znaleźć wymowny przykład w *La Médecine moderne* z 22-go marca. Prefekt departamentu Isère oznaczył następującą taksę za wizyty lekarskie u dzieci, oddawanych na wieś dla wykarmienia: wizyta na odległość nieprzekraczającą 3 kilometrów 0,75 franka; wizyta w gminach odległych o 3 do 6 kilometrów 0,95 fr.; za wizyty poza 6 kilom. i na równinie 1,1 fr., a w miejscowości górzystej 1,4 franka. Tymczasem posłańcom z telegramem płaci się 0,5 fr. od kilometra, nie licząc dodatku »na piwo«.

* Niemieckie Stowarzyszenie chirurgów wybrało przewodniczącym prof. Bergmanna, a sekretarzem prof. dr. Korte, w miejsce zmarłego Gurlta.

* W okolicy Lausanny wystawiono sanatoryum dla średniej zamożności ozdrowieńców po chorobach nerwowych.

**Mianowania i odznaczenia**: Docent berlińskiego Uniw., dr. Bonhoff, mianowany został prof. nadzwyczajnym w Marburgu w miejsce Wernickiego, powołanego, jak wiadomo, na kierownika instytutu higienicznego w Poznaniu. — Miejsce prof. Koberta w Zakładzie Görbersdorfskim objął na przedstawienie prof. Leydena Dr. Servaes. Prof. Nothnagel otrzymał krzyż komandorski od króla greckiego. B. prof. Adamkiewicz otrzymał medal pamiątkowy Wilhelma I-go, króla pruskiego.

**Nekrologia**. Zmarli: Dr. Girard, prof. kliniki lekar. w Marsylii. Dr. Hurd, profesor patolog. anatomii w Bostonie. Dr. Benson, profesor fizyologii w Chicago. Dr. Arsdale, prof. chirurgii w New-Yorku. Dr. Neureuther, prof. pedyatryi w Uniw. czeskim, zakończył życie w Pradze. Zmarły należał do grona wielce zasłużonych ludzi w nauce i piśmiennictwie. W Wejmarze zakończył życie dr. Alfred Graefe, były profesor okulistyki w Halli.

☞ Do dzisiejszego Nru dołącza się: **List otwarty Dra J. Latkowskiego.**



Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.